

ANEXO 01 - CONSENTIMENTO INFORMADO E TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS EM PERÍODO DE PANDEMIA DE COVID-19

**Unimed**   
Costa do Sol

Dr. Gumercino P. Faria Filho  
Diretor Técnico Médico  
CRM - RJ 5246804-6

www.unimed.coop.br/costadosol  
Rua Euzébio de Queiroz, 454  
27910-230 Centro, Macaé - RJ  
T.(22) 2105-8000

**ATENÇÃO: O PREENCHIMENTO É OBRIGATÓRIO**

Eu compreendi que serei submetido a (o) procedimento/cirurgia de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,  
pelo Dr. \_\_\_\_\_ ,

CRM \_\_\_\_\_ , e fui informado (a) sobre a importância de controle desta doença na atualidade. Estou ciente e compreendi os riscos de contágios, tanto a mim quanto aos meus acompanhantes e visitantes, os objetivos e o grau de importância da realização do (a) procedimento/cirurgia neste momento.

Macaé/RJ, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Nome legível do paciente*

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do paciente / responsável legal*

\_\_\_\_\_  
*Nome legível do testemunha*

\_\_\_\_\_  
*Assinatura da testemunha*